

DOIT ÊTRE REMPLI PAR LA PATIENTE OU LE PATIENT.

Veillez prendre quelques moments pour remplir ce questionnaire. L'information sera utilisée pour fournir à votre médecin une interprétation plus complète des résultats du test de densité minérale osseuse, puisque d'autres facteurs de risque liés à l'ostéoporose (fragilité des os) doivent être pris en considération.

Si vous répondez OUI à n'importe laquelle des questions suivantes, veuillez téléphoner à la réceptionniste immédiatement :

Est-ce qu'il y a une possibilité que vous soyez enceinte?

Avez-vous eu un examen aux rayons x avec baryum au cours des 2 dernières semaines?

Avez-vous eu un examen en médecine nucléaire ou aux rayons x avec agent de contraste au cours de la dernière semaine?

<p>1. a) Veuillez inscrire tous les médicaments de prescription que vous prenez régulièrement, en commençant par les traitements contre l'ostéoporose (y compris les hormones oestrogéniques).</p> <p>b) Prenez-vous <u>actuellement</u> un médicament de prescription contre l'ostéoporose? Si oui, depuis quand?</p> <p>c) Avez-vous <u>déjà</u> pris un médicament de prescription contre l'ostéoporose? Quel est le nom de ce médicament? Quand avez-vous commencé et cessé de le prendre?</p>	<p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____</p> <p><input type="radio"/>Oui <input type="radio"/>Non</p> <p><input type="radio"/>Oui <input type="radio"/>Non</p>
<p>2. Veuillez indiquer tout problème de santé majeur diagnostiqué par un médecin et qui nécessite un traitement régulier.</p>	
<p>3. Avez-vous déjà subi une opération à la :</p> <p>Si oui, veuillez indiquer le type d'opération?</p>	<p>hanche ou jambe droite <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non hanche ou jambe gauche <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non colonne vertébrale ou au bas du dos <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>4. Avez-vous déjà passé un test de densité minérale osseuse?</p> <p>Si oui, veuillez indiquer le lieu du test.</p>	<p><input type="radio"/>Oui <input type="radio"/>Non</p> <p>Le test de densité osseuse a eu lieu :</p>
<p>5. Avez-vous eu un examen aux rayons x au dos au cours de la dernière année?</p> <p>Si oui, veuillez indiquer le lieu.</p>	<p><input type="radio"/>Oui <input type="radio"/>Non</p> <p>Lieu de l'examen :</p>

<p>6. Quelle est votre origine ethnique principale? (Votre réponse pourrait avoir un effet sur l'interprétation du résultat de votre examen.)</p>	<p><input type="radio"/>Blanc <input type="radio"/>Noir <input type="radio"/>Autochtone <input type="radio"/>Asiatique oriental <input type="radio"/>Indienne d'Asie <input type="radio"/>Autre (Spécifiez) :</p>
<p>7. Avez-vous eu des menstruations non liées à la prise de médicaments au cours de la dernière année (femmes seulement)?</p> <p><input type="radio"/>Oui <input type="radio"/>Non</p>	<p>Votre âge lors de votre dernière menstruation : _____</p> <p>Hystérectomie? <input type="radio"/>Oui <input type="radio"/>Non</p> <p>Ablation des ovaires? <input type="radio"/>Oui <input type="radio"/>Non</p>

Suite au verso...

Nom en lettres moulées

Date d'aujourd'hui

DOIT ÊTRE REMPLI PAR LA PATIENTE OU LE PATIENT.

1. Vous êtes-vous déjà cassé/fracturé un os (montré par rayons x) depuis l'âge de 40 ans? (inclure fractures vertébrales par écrasement ou par tassement).

- Oui Non

Quel(s) os avez-vous cassé? _____ / _____

Comment et quand l'avez-vous cassé? _____ / _____

Où ont été pris les rayons x? _____ / _____

2. Est-ce que l'un ou l'autre de vos parents a subi une chirurgie pour une hanche fracturée/cassée après l'âge de 50 ans? (NE PAS inclure le remplacement d'une hanche en raison de l'arthrite.)

- Oui (Mère) Oui (Père) Non Ne sais pas

3. Est-ce que vous fumez?

- Oui Non

4. Au cours d'une semaine normale, combien de verres standard de boisson alcoolisée consommez-vous?

_____ Aucun

5. Est-ce qu'un médecin vous a diagnostiqué et traité pour l'arthrite rhumatoïde ? (NE PAS indiquer d'autres formes d'arthrites, comme l'arthrose.)

- Oui Non Ne sais pas

6. Au cours de la dernière année, avez-vous pris un médicament stéroïdien oral (comme de la prednisone)?

- Oui Non Ne sais pas

Si oui, au cours des derniers douze mois, combien de semaines au total avez-vous pris ce médicament stéroïdien et quelle était votre dose quotidienne moyenne?

7. Êtes-vous tombé au cours de la dernière année? (NE PAS indiquer les petites chutes par glissades ou lors d'activités sportives.)

- Oui. Combien de fois? _____ Non Ne sais pas

À L'USAGE DU PERSONNEL SEULEMENT

Taille mesurée (stadiomètre) :	_____ pouces	Estimé
Poids mesuré :	_____ livres	Estimé
À l'usage du médecin		
Fracture :	Risque moyen Risque élevé	Alcool \geq 3 unités/j
Dose de stéroïdes :	Faible (\leq 2,5) Moyenne à Élevée (\geq 7,5)	Ostéoporose secondaire